De universele waarde van mensenrechten

Door Martha Meijer en Marieke van den Berg, respectievelijk directeur en communicatiemedewerker Aim for human rights.

Het is in 2008 zestig jaar geleden dat de Verenigde Naties de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM) aanvaardden. De praktische toepassing daarvan blijkt echter nog lang niet overal gerealiseerd. Daarom is het van belang om in een publiek debat te zoeken naar het evenwicht tussen de principiële aspecten van mensenrechten, de politieke machtsverhoudingen en de bereidheid compromissen te sluiten. Basisvoorwaarde voor het voeren van die discussie is echter dat er een zekere overeenstemming is over de universele geldigheid van de mensenrechten.

Sommige regeringen bestrijden dat mensenrechten altijd en overal geldig zijn. Mensenrechten zouden een westerse uitvinding zijn, die niet opgelegd moet worden aan niet-westerse landen. Zij hanteren daarbij vooral argumenten als zouden deze rechten strijdig zijn met de cultuur van hun land of hinderlijk zijn voor de economische ontwikkeling.

Discussie over universaliteit
De naleving van de rechten van de mens is altijd onderwerp van discussie geweest in internationale relaties. Tijdens de Koude Oorlog wees een aantal regeringen elke inmenging op het gebied van mensenrechten af als een inbreuk op de eigen soevereiniteit, als gevolg van de ideologische tegenstelling tussen Oost en West. Mensenrechten beschouwden zij in principe als een interne aangelegenheid.

Sinds het einde van de Koude Oorlog is in de politieke discussie over mensenrechten een ander argument opgedoken. Sommige regeringen wijzen nu de interventie van andere regeringen af door een beroep te doen op de onaantastbaarheid van de eigen cultuur. Zij vinden dat de rechten van de mens, zoals ze in de Universele Verklaring zijn verwoord, op gespannen voet staan met hun cultuur. Dit zogeheten cultuurrelativisme vecht het idee dat mensenrechten universeel zijn, fundamenteel aan.

Een menswaardig bestaan voor iedereen
De universaliteit van mensenrechten is gebaseerd op de gedachte dat iedereen, overal ter wereld, vanaf zijn geboorte recht heeft op een menswaardig bestaan. De staat zou dit recht moeten garanderen. Burgers moeten worden beschermd tegen machtsmisbruik van de overheid. Het gaat daarbij om zaken als het recht op leven, vrijwaring van marteling, vrijheid van meningsuiting en vrijheid van vereniging. Deze en andere rechten zijn geformuleerd en vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Er wordt al over mensenrechten nagedacht sinds de mensheid zich in gemeenschappen en in staten is gaan organiseren. Op 10 december 1948 is de UVRM voor het eerst als tastbaar document aanvaard door de lidstaten van de Verenigde Naties. Sindsdien zijn veel mensenrechtenverdragen gesloten, die bindend zijn voor de landen die ze geratificeerd hebben. Desondanks blijken veel regeringen de verdragen niet na te leven.

Formeel hebben alle lidstaten van de Verenigde Naties de universaliteit van mensenrechten herbevestigd op de VN-Mensenrechtenconferentie in Wenen in 1993. Dit betekent dat

regeringen zich ook moeten inzetten voor naleving van de rechten van de mens buiten de eigen grenzen. Bovendien worden ze geacht elkaars mensenrechtensituatie positief te beïnvloeden, bijvoorbeeld door druk uit te oefenen in diplomatieke relaties of bij het sluiten van handelsovereenkomsten.

Morele vragen over mensenrechten
Bij het zoeken naar het evenwicht tussen de principiële aspecten van mensenrechten, de politieke machtsverhoudingen en de bereidheid compromissen te sluiten, komen morele en politieke vragen naar voren. Mogen regeringen onderling voorwaarden stellen aan elkaars mensenrechtenbeleid? In welke situaties en op welke manier zijn deze het meest effectief? Zijn economische sancties een passend instrument, en wat is de reikwijdte ervan? Hoe is de dialoog op gang te brengen over de tegenstelling tussen universaliteit en het beroep op de eigen cultuur?

In 1998 heeft Aim for human rights over dit onderwerp een boek gepubliceerd: “Grondrecht en Wisselgeld”. Daarin behandelen vier Aziatische en vier Nederlandse auteurs deze vragen. In hun bijdragen laten zij onder meer zien dat er verschillende culturele inspiratiebronnen zijn voor het formuleren van mensenrechten en de UVRM, van Chinese tot Afrikaanse denkers. Mensenrechten als volledig westerse uitvinding wordt daarmee ontkracht. Ook wordt een islamitische visie op mensenrechten gepresenteerd. Zo verscheen reeds in 1603 in Noord-Sumatra een boek waarin de zorg om mensenrechten naar voren kwam. De auteur waarschuwt voor een te eenzijdig westerse benadering en pleit ervoor mensenrechten multicultureel te interpreteren .

Eigenlijk zijn deze vragen nog steeds even actueel. Mag Saoedi-Arabië de rechten van vrouwen beperken op grond van de orthodox islamitische levensovertuiging van zijn leiders? Maar evenzo geldt de vraag: moeten de Olympische Spelen in Beijing worden geboycot vanwege de mensenrechtensituatie daar, en vanwege de invloed van China in de oorlog in Darfur? Mogen we daarover iets zeggen?

Bij Aim for human rights vinden we dat wij als mensenrechtenorganisatie het debat daarover moeten aangaan en onze meningen moeten uitspreken. Als het bijdraagt – soms op de langere termijn – aan een verbetering van de situatie daar om er druk op te zetten, dan mag je dat niet nalaten. Hoe die druk wordt uitgeoefend, en met welke middelen, dat hangt af van degene die het doet. Mensenrechten zijn universeel, en wij allen hebben de taak ons daar druk over te maken, ook als het gaat om mensenrechten in andere landen, en ook als het gaat om mensenrechten in eigen land.

beleid

schaarste

rechtvaardigheidstheorieën

63

Kiezen in de zorg

Margo Trappenburg, Universiteit Utrecht

Dokters hebben altijd te maken met het systeem van de gezondheidszorg en de financiering daarvan, zoals we dat in Nederland kennen. Het bepaalt tot op zekere hoogte het 'speelveld' van de dokter. Het allerallerbeste voor de een gaat ten koste van wat de ander nodig heeft; je kunt een euro maar één keer uitgeven. Lijfartsen zijn voorbehouden aan vorsten en voetballers, de rest moet het doen met schaarste aan middelen en mensen. Dat betekent dat er keuzen gemaakt moeten worden, in de spreekkamer en ook op beleidsniveau. 'Kiest u maar', zo heet het simulatiespel waarin je je moet verplaatsen in de rol van een ambtenaar op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het werd ontworpen door mijn collega Wieger Bakker en gaat als volgt.

Casus

Er is een medische kwaal. Wat die kwaal is, doet er niet toe. Wat er wel toe doet, is dat de kwaal ernstig is. Veel mensen, in alle leeftijdscategorieën lijden eraan. Er bestaat een goede medische behandeling. Die behandeling is echter kostbaar en mede daardoor schaars.

Jij en je collega's vormen een kleine ambtelijke beleidsvoorbereidende werkgroep. Je krijgt de opdracht een eenduidige regel te formuleren op grond waarvan beslissingen kunnen worden genomen over de toegang van individuele burgers tot die schaarse medische behandeling. Met andere woorden: wie krijgt onder welke condities toegang tot de behandeling?

Opdracht

- **Speel het simulatiespel.**

Er blijkt in hoofdlijnen een viertal oplossingen voor dit probleem, die ook terug te vinden zijn in bekende, veelgebruikte hedendaagse theorieën van voornamelijk Angelsaksische filosofen over rechtvaardigheid ('fairness').

Oplossing 1

Behandel eerst werkende mensen naar rato van de mate waarin zij nuttig zijn voor de maatschappij.
Deze oplossing past binnen de theorie van het utilisme of utilitarisme, een ethische stroming die haar bloeiperiode beleefde tijdens de verlichting (eind achttiende, begin negentiende eeuw), maar die ook in onze tijd nog belangrijke aanhangers heeft.

De meest beroemde en beruchte hedendaagse vertegenwoordiger is de Australische filosoof Peter Singer. Hij vraagt in zijn werk aandacht voor de gevoelens en belangen van dieren, hij relativeert de rechten van zwaar gehandicapte mensen en baby's, en hij pleit voor een internationale ethiek, die van mensen in bevoorrechte landen veel meer offers vraagt ten behoeve van medemensen in arme delen van de wereld dan die zij nu bereid zijn te brengen.

ZAP naar 60

Utilitaristen of utilisten vinden dat gedrag, handelingen en regels gericht moeten zijn op nutsmaximalisatie, of op 'het grootste geluk voor het grootste aantal mensen'. Een handeling is goed als zij bijdraagt aan het grootste geluk voor het grootste aantal mensen. Je kijkt dus naar de gevolgen of resultaten van de handeling en hoeveel mensen daar beter van worden. Als je met een bepaald bedrag één heel zieke persoon beter kunt maken of tachtig personen, dan zul je moeten kiezen voor de tachtig personen. Als je een arme met één euro veel gelukkiger kunt maken dan een rijke, dan moet die euro naar de arme gaan. Voorrang voor werkende mensen zou een regel kunnen zijn die zou kunnen leiden tot een zo groot mogelijk maatschappelijk nut.
Utilisten moeten omschrijven wat zij zien als 'nut', en kunnen daarover (uiteraard) weer van mening verschillen.

Vraag

- **Denk je dat het kan, een indeling maken op basis van maatschappelijk nut? Zou het bijvoorbeeld zo kunnen zijn dat ook mensen die niet werken, of althans geen betaalde baan hebben, als nuttig worden beschouwd in de nutscalculatie, bijvoorbeeld huismannen die voor kinderen zorgen? Is het mogelijk de dichter en de putjesschepper te vergelijken?**
- **Zijn er crisisomstandigheden waarin het misschien wel kan, of zelfs moet? Denk bijvoorbeeld aan een epidemie, en het met voorrang behandelen van dokters en verpleegkundigen, of een andere situatie waarin een bepaalde beroepsgroep zeer nodig is (regeringsleiders, soldaten).**
- **Stel dat het kan, vind je dan dat het eerlijk (fair) is?**

Oplossing 2

Behandel eerst jonge mensen. Selecteer op leeftijd: eerst de vrouw van 34 en daarna pas de man van 76.

Binnen de ethiek bestaan drie theorieën die pleiten voor selectie op leeftijd. Alle drie pleiten ze voor uitsluiting van bejaarde mensen (doorgaans vanaf 75 jaar) van bepaalde medische behandelingen. De Britse filosoof John Harris betoogt dat mensen op een bepaalde leeftijd hun 'fair innings', hun rechtmatig deel in het leven, hebben gehad. Mensen van 75 jaar en ouder hebben kunnen genieten van hun jeugd, van een volwassen bestaan, van de middelbare leeftijd en van hun pensioen. Als zij kinderen hebben gekregen, dan hebben zij die kinderen zien opgroeien en vaak hebben zij ook al kleinkinderen. Voor mensen jonger dan 75 (of zij nu 25, 45 of 62 zijn) geldt dat niet, en daarom hebben jongere mensen meer aanspraken dan personen die hun fair innings hebben gehad.
De Amerikaan Norman Daniels pakt het anders aan. Hij vraagt zijn lezers om zich te verplaatsen naar een hypothetische 'uitgangssituatie'. In die uitgangssituatie moeten we abstraheren van wie we zijn. We weten niet of we vrouw of man zijn, zwart of blank, intelligent of dom, hetero- of homoseksueel, gezond en recht van lijf en leden of lelijk, ziekelijk

en gehandicapt. Vervolgens moeten we gaan nadenken over de verdeling van zorg. Daniels baseert dit gedachte-experiment op het werk van John Rawls, die in de vorige eeuw (1971) een invloedrijke theorie over rechtvaardigheid ontwikkelde.
Wij zullen dan 'automatisch' proberen om neutraal, verstandig en objectief te zijn. We pleiten niet voor voorrangsregels ten gunste van vrouwen, blanken of werknemers met een goede baan, want we weten niet of die regels in ons voordeel zullen uitpakken. Het is immers niet zeker waar we zelf terechtkomen, dus houden we als verstandige, rationele mensen rekening met de kans dat we in de positie van een zieke, lelijke, domme vrouw terechtkomen. Zullen we nu op dezelfde manier pleiten voor een verdeling van gezondheidszorg, ongeacht leeftijd? We weten immers niet of we oud of jong zijn? Nee, zegt Daniels. Leeftijd is heel iets anders dan ras, geslacht of seksuele geaardheid. We weten dat we jong beginnen en in de loop van ons leven vanzelf ouder zullen worden, en gegeven die kennis, zullen we – zegt Daniels – kiezen voor een zo groot mogelijke kans om daadwerkelijk oud te kunnen worden, ook als dat ten koste gaat van de mogelijkheid nog ouder te worden als we eenmaal oud zijn (het zogenoemde 'rational life span'-perspectief). De implicatie is: het geld zo verdelen dat wij allemaal een reële kans hebben om in goede gezondheid oud te worden.

De derde theorie is van Daniel Callahan, eveneens Amerikaan. Hij behoort tot de politiek-theoretische stroming van het communitarisme of gemeenschapsdenken (een stroming waarvoor ook in Nederland veel sympathie bestaat, met name bij het CDA en delen van de PvdA. Premier Balkenende geldt als een groot bewonderaar van de communitaristische denker Amitai Etzioni. Communitaristen vinden dat we meer moeten denken vanuit het collectief of de gemeenschap, dat we niet alles moeten beredeneren vanuit het eigenbelang van het individu. Callahan betoogt dat we ons moeten afvragen wat de rol is van ouderen in onze gemeenschap. Idealiter zouden ouderen de dragers moeten zijn van bepaalde tradities, zij kunnen ons laten zien hoe ons leven van vandaag samenhangt met dat van vroeger. Ouderen hebben daarnaast een morele voorbeeldfunctie en die kunnen zij uitoefenen door jongere generaties bepaalde voorrechten te gunnen. De publieke moraal zou deze grondhouding kunnen ondersteunen door ouderen aandacht, respect en zorg te geven, maar levensreddende, dure curatieve geneesmiddelen te reserveren voor jongere generaties. Ouderen hebben de plicht, op hun beurt, te beseffen dat leven ook sterven inhoudt, een levensloop die een begin en een einde heeft. Er bestaat een 'natural life span' en vanuit dit perspectief zal een oudere zich ook zelf beperkingen opleggen als het gaat om de claim op dure middelen voor ouderenzorg.
Het werk van Callahan was in 1991 de inspiratiebron voor de commissie Keuzen in de zorg (commissie-Dunning), die van het toenmalige kabinet de opdracht meekreeg uit te leggen hoe we konden bezuinigen op de gezondheidszorg. De commissie-Dunning werd echter nergens zo communitaristisch als Callahan. Waar deze zich laat leiden door de behoeften van de gemeenschap (aan zoveel gezonde werknemers, zoveel mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd), daar vond de commissie-Dunning dat we in het collectief verzekerde zorgpakket vooral die zorg moesten opnemen die mensen in staat stelt te participeren in de gemeenschap. Ook dat gaf weer debat natuurlijk: ivf kon uit het pakket volgens de commissie-Dunning. Een discussie die ook thans nog voortdurend wordt gevoerd. Het rapport van de commissie-Dunning (*Kiezen en delen*) werd veel gelezen en veel besproken. De benadering van de commissie heeft echter nooit echt voet aan de grond gekregen in Nederland, omdat de overheid tegelijkertijd pleitte voor meer markt in de zorg en patiënten wilde opvoeden tot cliënten of consumenten. Consumenten mogen – dat ligt in de aard van dat begrip – hun individuele preferenties volgen, zonder acht te slaan op de maatschappelijke gevolgen. De benadering van Callahan wil van patiënten juist meer burgers maken, die rekening houden met publieke belangen en het grotere geheel.

Vraag

- **Is er een variant die je aanspreekt? Waarom? Of waarom niet?**

Oplossing 3

Laat de verdeling van de therapie of het geneesmiddel over aan de markt. Schaarste zal de prijs in eerste instantie opdrijven. Een grote vraag zal er echter ook voor zorgen dat nieuwe particuliere aanbieders er alles aan gaan doen om in die vraag te voorzien en daar zelf beter van te worden. Daardoor zal de prijs vanzelf weer gaan zakken, tot een evenwicht is bereikt.
Hoewel er in kringen van politici en beleidsmakers veel wordt verwacht van 'marktprikkels' of 'marktwerking' in de gezondheidszorg, bestaan er – althans in Nederland – geen serieuze voorstanders van een totale privatisering van de zorg. Zelfs als de wet van de markt inderdaad zou opgaan en er, in het geval van ons voorbeeld uit het simulatiespel, toe zou leiden dat het middel op termijn minder schaars en goedkoper zou worden, dan nog zouden velen de overgangsfase, waarin het voorbehouden zou zijn aan de rijkste patiënten, onverdraaglijk vinden.

Vraag

- **Denk je dat je gezondheidszorg geheel aan de markt kunt overlaten? Heeft iemand de documentaire *Sicko* van de omstreden Amerikaanse journalist Michael Moore gezien? Als je tijd hebt, bekijk die of delen daaruit en betrek ze in het debat over marktwerking. 'We zijn het rijkste land van de wereld. We besteden meer aan gezondheid dan elk ander land. En toch hebben we de slechtste gezondheidszorg van het Westen. Komaan mensen, we kunnen beter dan dat.'**

Oplossing 4

Verdeel het middel naar rato van urgentie en medische behoefte, behandel eerst de patiënten die er het slechtst aan toe zijn.

Deze oplossing sluit het meest aan bij wat veel mensen – inclusief zorgprofessionals – intuïtief de juiste manier van verdelen vinden in de sfeer van de gezondheidszorg, onder normale omstandigheden. Als patiënt A een gebroken heup heeft en patiënt B een verstuikte enkel, terwijl er één dokter beschikbaar is op dat moment, dan hopen we dat de arts zijn energie eerst zal besteden aan A. We hopen dat ook als patiënt A een lelijke vrouw is en patiënt B een beeldschone actrice. We hopen het ook als patiënt B prinses is en patiënt A een cassière in een supermarkt.

In 2002 peilde het Sociaal en Cultureel Planbureau onze mening over de publieke voorzieningen. 75% van de Nederlanders vond dat de gezondheidszorg voor iedereen en in gelijke mate toegankelijk zou moeten zijn, ongeacht inkomen. Nederlanders hebben niet veel bezwaar tegen inkomensongelijkheid, maar zij vinden het – vaker dan burgers in andere landen – heel erg als rijkdom zou leiden tot snellere toegang tot publieke voorzieningen.
In het *Sociaal en Cultureel Rapport 2004* werd deze overtuiging opnieuw, zelfs in verhevigde mate aangetroffen. 91% van de respondenten van het SCP zou het onwenselijk vinden als mensen die meer kunnen betalen, ook betere zorg krijgen. In hun oordeel over verdelingsvraagstukken lijken Nederlanders op de Amerikaanse politiek-filosoof Michael Walzer, wiens opvattingen net als die van Callahan tot het communitarisme gerekend worden. Volgens Walzer bestaat het leven in een westers liberale samenleving als de onze uit een aantal maatschappelijke sferen. Er is de sfeer van het onderwijs, de sfeer van liefde en affectie, de sfeer van de medische zorg, de sfeer van goddelijke genade, de sfeer van het burgerschap en de sfeer van geld en goederen. Binnen elke maatschappelijke sfeer worden bepaalde dingen verdeeld volgens bijbehorende, passende criteria.
In de sfeer van de goddelijke genade bijvoorbeeld tellen religieuze criteria. De vraag of een vrouw ooit paus moet kunnen worden, wordt in die sfeer niet beantwoord aan de hand van de Wet gelijke behandeling. Homoseksuele kerkgangers die willen aanzitten aan het avondmaal, moeten in de sfeer van de goddelijke genade een beroep doen op de heilige schrift en niet op wereldlijke regels.

In de sfeer van het onderwijs gelden twee belangrijke beginselen. Lager onderwijs behoort zo te worden verdeeld dat kinderen (ongeacht hun ras, geslacht, religie of sociale milieu) gelijke startkansen hebben in de maatschappij. Hoger onderwijs daarentegen moet worden verdeeld naar rato van verdienste. De meest getalenteerde en ijverigste studenten hebben als eerste recht op een plaats aan de universiteit. Deze visie op de verdeling van hoger onderwijs vinden we direct terug in het Sociaal en Cultureel Rapport. 74% van de Nederlanders vindt selectie op talent aan de poort van het hoger onderwijs wenselijk. Toen de getalenteerde vwo-scholiere Meike Vernooy (haar gemiddelde cijfer op haar vwo-diploma lag boven de negen) voor de tweede keer werd uitgeloot voor de studie geneeskunde, leidde dit tot grote publieke verontwaardiging.
In de sfeer van de gewone goederen geldt de wet van vraag en aanbod en de logica van de markt: dvd-spelers, mantelpakjes en mannenparfums mogen geheel naar eigen inzicht door producenten en consumenten worden verhandeld. Daarbij is het geen probleem dat de een zich een betere dvd-speler, een mooier mantelpakje of een lekkerder luchtje kan veroorloven dan de ander.
In de sfeer van de medische zorg geldt dat medische zorg moet worden verdeeld naar medische behoefte. Dokters moeten niet kijken wie het rijkst, het mooist, het liefst of het belangrijkst is, zij moeten kijken wie er het ergst aan toe is, en die patiënt komt eerst.

De vierde oplossing werkt zolang er in de casus sprake is van 'normale omstandigheden'. Het is een oplossing die we prefereren in de alledaagse gezondheidszorg. Het is een oplossing die relatief veel verantwoordelijkheid legt bij dokters: van hen wordt verwacht dat ze kunnen inschatten welke medische behoeften urgenter zijn dan andere, van hen wordt ook verwacht dat ze niet stiekem toch voorrang verlenen aan bekende Nederlanders, of eigen buren en kennissen. Het is de vraag of artsen die hoge verwachtingen waarmaken. Begin 2003 sprak journaliste Rentsje de Gruyter voor *Medisch Contact* met een aantal artsen over voorrang op niet-medische gronden. Ze sprak met een chirurg in opleiding, die voor haar eigen vader een snelle liesbreukoperatie regelde. Ze sprak met de Leidse huisarts Har Meijer (tevens columnist), die ronduit bekende voorrang te geven aan mensen uit de Raad van Bestuur van een beursgenoteerd bedrijf, aan hoogleraren, maar evengoed aan politici (voormalig VWS-minister Elco Brinkman was een van zijn patiënten) of geestelijken. 'Ik vind het een eer als zij bij mij in mijn praktijk komen. Ik wil dan graag aardig gevonden worden, zo'n mannetje ben ik.' Joke Lanphen, huisarts in Blaricum en lid van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, verklaarde dat zij voorrang gaf aan mensen met een belangrijke publieke verantwoordelijkheid.
Artsen zouden wat dit betreft een voorbeeld kunnen nemen aan onderwijzers, die erom bekendstaan dat zij in de klas voor hun eigen kinderen en voor de kinderen van bekende Nederlanders, net zo streng zijn als voor willekeurig welk ander kind in de klas. Je kunt geen zes voor rekenen krijgen omdat de meester bevriend is met je moeder, je kunt geen tien krijgen voor wiskunde omdat je vader bij PSV voetbalt, je kunt zelfs geen acht voor taal krijgen omdat de juf je eigen moeder is. Wat onderwijzers kunnen, moeten artsen toch ook kunnen?

Bronnen en leessuggesties

Meer weten over het utilitarisme? Lees Geoffrey Scarre, Utilitarianism (1996), en Peter Singer, Animal liberation (1975), Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics (1994) en One world. Ethics and globalization (2002).

De theorie van John Harris is te vinden in: The value of life. An introduction to medical ethics (1985). De theorie van Norman Daniels is gebaseerd op de beroemde politieke filosofie van John Rawls: A theory of justice (1971). Het boek van Daniels heet Am I my parents' keeper? An essay on justice between the young and the old (1990).

Het boek van Daniel Callahan heet Setting limits. Medical goals in an aging society (1995). Callahan schreef nog een bekend geworden boek over keuzen in de zorg: What kind of life. The limits of medical progress (1987).

Het artikel van Rentsje de Gruyter heet 'Voorrang zonder medische indicatie'. Het is te vinden op de website van Medisch Contact 2003;58(6):204-7.
Wie een mooie, intelligente verdediging wil lezen van een volledig liberale samenleving, waarin de staat alleen tot taak heeft ons te behoeden tegen moord, diefstal of contractbreuk, kan terecht bij Robert Nozick, in zijn Anarchy, state, and utopia (1974).
Een ultraliberale theorie specifiek toegespitst op de gezondheidszorg is te vinden bij H. Tristram Engelhardt, The foundations of bioethics (1986).
Voor Michael Walzer, zie zijn Spheres of justice. A defence of pluralism and equality (1984). In 2008 werd Walzer in Nederland onderscheiden met de prestigieuze Spinozalens. Zie <www.spinozalens.nl>.
Voor de selectie van behandelingen voor het pakket, zie publicaties van het CVZ (<www.cvz.nl>), bijvoorbeeld Rapport Pakketadvies 2008.
Trappenburg M, Defining the medical sphere. Camb Q Healthc Ethics 1997;6(4):416-34.
Trappenburg M. Solidariteit in de gezondheidszorg: een project tot volksopvoeding. In: Buijsen M & Van Veen E, redactie. Solidariteit onder druk. Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid. 2005. Klimmen: Valkhof Pers/ Thijmgenootschap, p. 1130-51.
Verdere publicaties van Trappenburg zijn te vinden op <www.margotrappenburg.nl>.

ZAP-service

25, 60, 62, 64